

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1936
=

THÈSE

N° 628

POUR LE

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Henri DUFLOT

De la Faculté de Médecine de Paris

Ancien Externe des Hopitaux de Paris

Né à LENS (Pas-de-Calais), le 27 Novembre 1907

LA SECTION DU NERF DENTAIRE
INFÉRIEUR

DANS LE TRAITEMENT DU
TIC DOULOUREUX DE LA FACE

Président de Thèse : Professeur **LEMAITRE**

PARIS

AMEDEE LEGRAND, EDITEUR

93, Boulevard St-Germain, 93

1936

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1936

=

THÈSE

Nº

=

POUR LE

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Henri DUFLOT

De la Faculté de Médecine de Paris

Ancien Externe des Hopitaux de Paris

Né à IENS (Pas-de-Calais), le 27 Novembre 1907

LA SECTION DU NERF DENTAIRE INFERIEUR DANS LE TRAITEMENT DU TIC DOULOUREUX DE LA FACE

Président de Thèse : Professeur LEMAITRE

PARIS

AMEDEE LEGRAND, EDITEUR

93, Boulevard St-Germain, 93

1936

LE DOYEN ROUSSY

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE
Physiologie	Léon BINET
Physique médicale	STROHL
Chimie médicale	DESGREZ
Bactériologie	Robert DEBRE
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU
Anatomie pathologique	ROUSSY
Histologie	CHAMPY
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU
Thérapeutique	HARVIER
Hygiène et médecine préventive	TANON
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET
Clinique médicale	LOEPER
	CARNOT
	CLERC
	Marcel LABBE
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	H. CLAUDE
Clinique des maladies du système nerveux	GOUGEROT
Clinique des maladies infectieuses	GUILLAIN
	LEMIERRE
Clinique chirurgicale	CUNEO
	GOSSET
	GREGOIRE
	LENORMANT
Clinique ophtalmologique	TERRIEN
Clinique urologique	MARION
Clinique d'accouchements	BRINDEAU
	COUVELAIRE
	JEANNIN
Clinique gynécologique	N...
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL
Clinique propédeutique	SERGEANT
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE
	MULON
	OLIVIER
	VERNE
	MOCQUOT



II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

BENARD (Henri) ..	Pathologie médicale.
BERNARD (Etienne)	Pathologie médicale.
BOULIN	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.
FEY	Urologie.
GALLIARD	Parasitologie.
GASTINEL	Bactériologie.
DE GAUDART D'ALLAINES.	Pathologie chirurgicale.
GAYET	Physiologie.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.
HAZARD	Pharmacologie.
HUGUENIN	Anatomie pathologique.
JOANNON	Hygiène.
LABBE (Henri)	Chimie biologique.
LACOMME	Obstétrique.

MM.

LANTUEJOUL	Obstétrique.
LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
Mlle J. LEVY	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI ...	Neurologie et Psychiâtrie.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
OBERLING	Anatomie pathologique.
PETIT-DUTAILLIS ..	Pathologie chirurgicale.
PIEDELIEVRE	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RICHET	Physiologie.
SANNIE	Chimie biologique.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
TROISIER	Pathologie expérimentale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.
J. BEZANÇON	Hydrologie.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT ..	Physiologie.

MM.

LEROUX	Anatomie pathologique.
NEVEU-LEMAIRE ..	Parasitologie.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

MM.			
ABRAMI	Clinique médicale.	MM.	Clinique chirurgicale.
ALAJOUANINE ..		BASSET	
AUBERTIN		BROCQ	
BRULE		CADENAT	
CHABROL		GATELLIER	
CHIRAY		HEITZ-BOYER	
DONZELOT		MOURE	
DUVOIR		QUENU	
LIAN		SCHWARTZ	
PASTEUR - VAL- LERY-RADOT ..		VELTER	
SEZARY			
METZGER			
MM.			
GUENIOT		Clinique obstétricale.	
LE LORIER			
ECALLE			
LEVY-SOLAL			

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLE	Puériculture.
RUPPE	Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE, A MA MERE

Faible témoignage de ma profonde affection et de ma grande reconnaissance.

A MON FRERE, A MES SŒURS

En reconnaissance de l'attachement qu'ils m'ont toujours témoigné.

A MON PARRAIN, LE D^r VANUXEEM

Chevalier de la Légion d'Honneur

Qui nous a fait aimer la Médecine et fut le conseiller de nos études médicales. Il restera pour nous le plus bel exemple de travail et de dévouement.

A TOUS MES AMIS

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR F. LEMAITRE
Professeur de Clinique d'Oto-Rhino-Laryngologie
à la Faculté
Oto-Rhino-Laryngologiste de l'Hôpital Lariboisière
Commandeur de la Légion d'Honneur

*Pour le grand honneur qu'il nous
a fait en acceptant de présider
cette thèse.*

*Qu'il nous permette de lui exprimer
ici notre respectueuse et
profonde reconnaissance.*

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR HAUTANT
Oto-Rhino-Laryngiste de l'Hôpital Tenon
Officier de la Légion d'Honneur

Nous sommes heureux de vous témoigner notre reconnaissance pour la marque de confiance que vous nous avez donnée en nous considérant comme votre élève.

Nous vous prions de trouver ici l'expression de notre respectueux attachement.

A MONSIEUR LE DOCTEUR M. OMBREDANNE
Oto-Rhino-Laryngologiste de l'Hôpital Hérold

*Qui nous inspira le sujet de ce tra-
vail. Hommage de notre sincère
reconnaissance.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR AUBRY
Oto-Rhino-Laryngologiste de l'Hôpital Bichat

*En remerciement de sa bienveil-
lante sollicitude.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR BOURGEOIS
Assistant du service d'O.-R.-L. de l'Hôpital Tenon

Témoignage de reconnaissance.

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR DUVAL

MONSIEUR LE PROFESSEUR SERGENT

MONSIEUR LE DOCTEUR L. RAMON

MONSIEUR LE DOCTEUR PARAF

MONSIEUR LE PROFESSEUR CUNEO

MONSIEUR LE DOCTEUR LECHÊLLE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEMAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR HAUTANT



INTRODUCTION

De toutes les algies faciales, les plus étudiées et les mieux connues sont les névralgies du trijumeau. Ces atroces douleurs ont fait l'objet de nombreux travaux tant en France qu'à l'étranger. Aussi leur description clinique est elle connue depuis longtemps et, en particulier, celle du dentaire inférieur.

Quant au traitement, il a fait depuis quelques années des progrès tels qu'on peut actuellement guérir de façon définitive la plupart des malades atteints de ces névralgies.

De nombreux auteurs ont pu obtenir par les agents médicamenteux, les injections d'alcool, les traitements par les agents physiques des succès incontestables. Mais il arrive fréquemment que certaines névralgies sont absolument rebelles à ces thérapeutiques et que d'autres, améliorées momentanément, ne sont plus influencées par la suite du traitement et reprennent toute leur acuité : c'est dans ce cas que l'on a recours à la chirurgie. La névralgie sort du domaine du neurologue pour passer dans celui du neuro-chirurgien. On en arrive alors à la neurotomie rétro-gassérienne qui donne de si bons résultats.

Il n'en est pas moins vrai que, pour une névralgie

localisée au seul territoire du dentaire inférieur, il peut paraître disproportionné de faire subir au malade une intervention crânienne aussi importante que la neurotomie et que, entre les traitements médicamenteux et la neurotomie juxta-protubérantielle par voie occipitale, il y a place pour une petite intervention simple et sans danger : « la section du nerf dentaire inférieur à l'épine de Spix ».

ANATOMIE

Avant d'étudier la névralgie du dentaire inférieur, il nous paraît intéressant de rappeler quelques notions d'anatomie.

Le nerf dentaire inférieur, branche du tronc terminal postérieur du nerf maxillaire inférieur, naît à 4 ou 5 millimètres sous la base du crâne.

Il se porte alors, en bas et en dehors, décrivant une courbe à concavité antéro-inférieure.

Il est d'abord compris entre deux aponévroses. L'aponévrose interptérygoïdienne en dedans, et l'aponévrose ptérygo-temporo-maxillaire en dehors.

Puis il est compris entre l'aponévrose interptérygoïdienne en dedans et la face profonde de la branche montante en dehors.

Il est entouré d'un manchon cellulo-graisseux.

Il est alors en rapport avec :

- En avant : le lingual qui s'écarte à angle aigu ;
- En dedans : la corde du tympan qui croise sa face interne ;
- En arrière : l'auriculo-temporal ;
- En dehors : l'artère maxillaire interne.

Puis le nerf dentaire pénètre dans le canal dentaire. L'orifice d'entrée se trouve à égale distance des bords

antérieur et postérieur de la branche montante, à mi-chemin entre le bord inférieur de la concavité de l'échancrure sigmoïde.

L'orifice est surplombé, en haut, par l'épine de Spix qui est le point de repère par l'anesthésie tronculaire du nerf.

Le canal décrit une courbe à concavité antéro-supérieure ; il y est accompagné par l'artère dentaire inférieure.

Il sort par le trou mentonnier, au niveau de la deuxième pré-molaire, plus près du bord inférieur que du bord supérieur.

Sur son trajet le nerf dentaire donne des branches collatérales. Tout d'abord, il donne une anastomose avec le lingual.

Puis il donne naissance au nerf du mylo-hoïdien et du ventre antérieur du digastrique. Ce nerf chemine avec une artère dans le sillon mylo-hyoïdien sous-jacent à la ligne oblique, interne sur le corps du maxillaire inférieur.

Il répond :

En dedans au mylo-hyoïdien.

En dehors, à l'os, puis à la glande sous-maxillaire.

Ce nerf donne des filets pour l'artère satellite :

— Des filets périostiques ;

— Des filets gingivaux ;

— Des filets à la glande sous-maxillaire.

Il donne également une anastomose au lingual. Il se termine en donnant :

— Des branches au mylo-hyoïdien ;

— Des branches au ventre antérieur du digastrique.

Enfin, le nerf dentaire donne des rameaux dentaires, un filet au droit de chacune des dents. Ce filet se divise en autant de branches qu'il y a de racines à la dent.

Les branches terminales du dentaire sont :

— Le nerf incisif, qui ne dépasse pas la ligne médiane, pour la canine et les deux incisives ;

— Le nerf mentonnier qui, lui, se divise en trois faisceaux sous le carré du menton. Il se distribue :

— Aux glandes buccales ;

— A la muqueuse labiale ;

— A la peau des lèvres.

ETUDE CLINIQUE

La névralgie du dentaire inférieur entre dans la description clinique de la névralgie trigéminalle dont l'individualité tient presque toute entière dans sa symptomatologie. Aussi, avant d'en analyser les détails séméiologiques, nous en transcrivons simplement la description de Trousseau :

« Un individu qui, un instant auparavant, n'éprouvait aucune sensation extraordinaire et témoignait hautement de l'absence totale de souffrance, est tout à coup pris d'une horrible douleur au moment où il vous parle. Vous le voyez porter la main à son visage qu'il presse avec une force extrême, qu'il frictionne avec une énergie extraordinaire, au point que ces frictions répétées finissent par détruire complètement le système pileux du côté malade. Il balance sa tête entre ses mains en poussant des gémissements étouffés. Cette scène dure dix, quinze secondes, une minute au plus, et le tout est fini sans convulsions. L'individu reprend son discours interrompu jusqu'au moment où il vous rendra témoin d'un paroxysme nouveau. Voilà la névralgie épileptiforme simple. Ou bien, au moment où la douleur commencera vous verrez tous les muscles du côté du visage agités de mouvements con-

vulsifs rapides et l'attaque, comme pour le malade précédent, sera accomplie en une minute au plus : voilà la névralgie épileptiforme convulsive, le tic douloureux ».

Comme nous le voyons d'après cette description si classique, l'apparition de la crise est brusque : c'est un accès soudain et violent. Le plus souvent, le premier accès atteint une acuité plus élevée que dans les accès suivants.

Il peut survenir, sans cause apparente, ou à l'occasion d'une avulsion dentaire difficile. Néanmoins, le début peut être graduel, et l'on a pu noter l'influence de facteurs généraux, tels que : fatigue, surmenage, émotion.

La névralgie, une fois installée, à l'occasion d'un acte quelconque de mastication, d'un mouvement de la nuque, d'un léger attouchement, d'un frôlement de la lèvre inférieure près de la commissure, comme dans le cas de notre deuxième malade, la crise typique se déclanche.

Les intervalles entre les crises sont extrêmement variables, allant de plusieurs crises par jour à parfois un mois ou deux de calme relatif.

Le début progressif de la névralgie du dentaire inférieur est beaucoup plus rare. Le malade croit alors être atteint d'une névralgie dentaire banale.

En tous cas, que le début soit brutal, comme il est de règle, ou qu'il soit progressif, l'affection une fois constituée, a des caractères typiques qui permettent

d'en faire immédiatement le diagnostic.

L'interrogatoire permet de préciser le début brutal, soudain, de la douleur qui atteint d'emblée son maximum. L'intensité de cette douleur est toujours considérable. Les malades la comparent le plus souvent à une décharge électrique, à un éclair ; parfois c'est la sensation de piquûre, de transfixion, d'arrachement.

Les douleurs sont le plus souvent localisées au domaine du nerf dentaire inférieur, elles irradiant en arrière vers le tragus, en bas, vers le bord inférieur de la mâchoire, en haut vers l'arcade orbitaire.

Mais, fait important, le point de départ de l'élançement douloureux est toujours le même, chez le même malade, à un stade déterminé de l'affection.

L'élançement parcourt parfois une étendue plus ou moins grande, pouvant chevaucher sur un territoire voisin.

C'est ainsi que chez notre premier malade on constatait, lors de la crise, des contractions spasmodiques des muscles de la joue, avec attraction en haut et en dehors de la commissure labiale, d'injection conjonctivale et de larmoiement.

En outre, la névralgie reste strictement unilatérale. Le plus souvent, la crise cesse brusquement, mais il peut persister un léger endolorissement passager pendant quelques instants.

Enfin, la crise est le plus généralement suivie d'une période d'indolence complète : véritable période d'inhibition.

La périodicité des crises est très irrégulière. Soit

spontanés, soit provoqués, les accès se répètent avec une plus ou moins grande fréquence. Toutefois, il faut retenir qu'elles peuvent être déclenchées par des causes provocatrices ; celles-ci ont un intérêt particulier, sur lequel ont insisté : MM. Verger, J.-A. Sicard, Baudouin, Alajouanine et Thurel.

Le plus souvent, le malade a noté que la crise est déclenchée par : un brossage des dents, la mastication, etc...

La nature et l'intensité du stimulus paraissent présenter peu d'importance puisqu'un simple frôlement suffit à déclencher le tic douloureux. Donc, ce qui compte, plus que la nature et l'intensité de ce stimulus, c'est son siège.

Le siège de la zone d'excitation est très variable, mais « la zone d'excitation est toujours la même chez un même malade, tout au moins à un stade donné de l'évolution. » (Alajouanine).

Les manifestations associées au cours des névralgies du dentaire inférieur sont exceptionnelles. Néanmoins, on peut observer des manifestations motrices, c'est le tic localisé à la lèvre inférieure.

Beaucoup plus rares sont les manifestations sympathiques ou sécrétoires. Toutefois, il nous a été permis de constater chez notre deuxième malade de l'injection conjonctivale et du larmolement.

Enfin, l'examen complet permet de constater qu'il n'existe aucune zone d'anesthésie cutanée ou muqueuse.

Les examens neurologiques, ophtalmologiques et sérologiques sont absolument négatifs.

DIAGNOSTIC

D'après ce que nous avons dit de la symptomatologie, de la névralgie du nerf dentaire inférieur, il pourrait paraître superflu de vouloir faire un chapitre de diagnostic positif.

Aussi nous ne ferons qu'énumérer les propositions si nettes qu'a posées Sicard, au sujet des névralgies faciales et que l'on peut appliquer strictement aux névralgies du dentaire inférieur.

1° Toute névralgie faciale qui, non traitée chirurgicalement par les injections locales, s'accompagne d'anesthésie cutanée ou muqueuse, n'est pas une névralgie faciale essentielle.

2° Toute névralgie faciale qui, antérieurement à toute intervention et en dehors du spasme associé de la période d'état, présente des signes associés d'excitation et de paralysies d'autres nerfs crâniens (trismus, diplopie, paralysie faciale, semi-atrophie linguale) n'est pas une névralgie faciale essentielle.

3° Toute névralgie faciale qui d'emblée, dès son apparition ou même très rapidement après son début, intéresse les trois branches du trijumeau, n'est pas une névralgie faciale essentielle.

4° Enfin, toute névralgie faciale qui est bilatérale, n'est pas dans la très grande majorité des cas une névralgie faciale essentielle.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Voyons donc quelles sont les affections voisines qui pourront prêter à confusion avec les névralgies du dentaire inférieur.

Nous ne ferons que citer la possibilité de tumeurs intra-crâniennes déterminant des névralgies trigéminales à type du dentaire inférieur. D'après la statistique de Dandy, cette éventualité se produirait dans 15 à 18 % des cas.

Seule la névralgie du glosso-pharyngien peut prêter à confusion avec la névralgie du dentaire inférieur.

Mais dans la névralgie du glosso-pharyngien, les crises paroxystiques sont courtes et violentes, avec des intervalles libres complets. La douleur part du fond de la gorge, au niveau de l'amygdale ou de la base de la langue, parfois de la région glosso-épiglottique. Signalons également la forme pharyngée (voile) et la forme otitique (nerf de Jacobson). L'irradiation se fait vers l'angle du maxillaire et vers le conduit auditif ou elle donne une sensation d'éclatement. C'est donc avec la névralgie du nerf maxillaire inférieur que l'erreur risque d'être commise, car celle-ci peut s'accompagner d'otalgie.

Mais les caractères cliniques de la douleur vont permettre le diagnostic :

Le malade souffre non pas en ingérant les aliments ou en les mastiquant, mais en les avalant : l'algie siège dans l'amygdale et dans l'oreille.

On recherchera :

1° La « Trigger-Zone » elle est ici, au niveau de la région amygdalienne dont l'attouchement par un porte-coton déclenche la crise.

2° La cocaïnisation de la même région réussit souvent à suspendre la douleur pendant la durée d'action de l'anesthésie.

La forme typique et complète de la névralgie du glosso-pharyngien est à la fois pharyngée et otitique, mais il ne faut pas oublier qu'il peut exister des formes dissociées.

Mais il n'existe jamais de troubles sympathiques coexistants.

TRAITEMENT

Nous avons dit au début de notre étude combien le traitement de toutes les algies faciales et, par là même, le traitement des névralgies du dentaire inférieur, avait fait de progrès.

Tout d'abord, lorsqu'il s'agit d'une névralgie du dentaire inférieur légère, avec crises courtes et espacées, il convient d'utiliser la thérapeutique médicale.

On peut prescrire les analgésiques usuels comme le salicylate de soude aux doses de 3 à 4 grammes, ou l'aspirine aux doses de 1 à 2 grammes. On peut encore se servir d'antipyrine ou de pyramidon, mais, en général, une telle thérapeutique est insuffisante et inefficace.

L'aconit est plus actif ; on le prescrit sous forme d'aconitine aux doses de 1/10^e de milligramme chaque jour, pendant une semaine. Mais ce traitement ne peut être poursuivi.

Les opiacés sont, en général, contre-indiqués, mais ils peuvent amener une sédation des douleurs lorsqu'on les donne à doses successivement croissantes et décroissantes, mais cette thérapeutique a l'inconvénient d'entraîner une accoutumance, puis une intoxication chronique.

Récemment, Ratner a obtenu des guérisons en utilisant l'extrait parathyroïdien ; mais, par la suite, tout comme pour l'insuline, utilisée par Baudouin, cette thérapeutique ne s'est pas montrée infaillible. Elle a subi des échecs et les résultats obtenus peuvent être partiels ou transitoires.

Enfin, on a préconisé l'utilisation du trichloretylène en inhalation, malheureusement l'effet sédatif n'est pas constant.

La thérapeutique médicamenteuse ayant échoué, on a eu recours aux agents physiques.

Parmi ceux-ci, les premiers employés, l'air chaud et les rayons infra-rouges, ont été abandonnés à cause de leur inactivité.

La galvanisation a donné des améliorations de quelques semaines, mais il faut ultérieurement des séances d'entretien.

La diathermie, délicate à manier car elle provoque souvent des exacerbations douloureuses, est presque abandonnée.

L'ionisation, soit à l'aconitive, soit calcique, est actuellement la plus employée, car elle est certainement la plus active ; mais il est souvent nécessaire de continuer longtemps pour obtenir et consolider un résultat.

Il convient de n'y recourir que dans les formes légères.

La radiothérapie est plus rarement utilisée et semble n'agir que dans les formes initiales.

L'injection d'alcool qui détruit électivement la bran-

che nerveuse peut être pratiquée.

Pour cela on pratique l'anesthésie tronculaire du nerf dentaire inférieur au niveau de l'épine de Spix, avant l'entrée du nerf dans le canal dentaire. Cette section physiologique du nerf dentaire inférieur détermine l'anesthésie absolue, au niveau de toutes les dents inférieures (pulpe noire, ligaments alvéolo-dentaires). L'anesthésie ne sera obtenue que sur la face linguale des molaires et des bicuspides et sur la face vestibulaire au niveau de la région incisivo-canine. Par contre, la gencive conservera intacte son intégrité physiologique, sur la surface vestibulaire à la hauteur du territoire incisivo-canin.

C'est là une méthode simple. Elle est efficace, car les malades sont immédiatement soulagés, il est vrai, pendant un temps variable. L'accalmie des douleurs peut durer pendant dix-huit mois et deux ans, temps véritablement appréciable.

La bénignité de la méthode fait qu'elle peut être répétée plusieurs fois et permettre ainsi aux névralgiques de vivre normalement. Enfin, l'alcoolisation est un gros atout entre les mains du médecin lorsqu'une intervention plus radicale n'est pas indiquée ou lorsque le malade, dont les douleurs ne sont pas très violentes, est un pusillanime et refuse formellement toute intervention.

Malheureusement, les résultats ne sont pas définitifs. Après la régénération nerveuse a lieu le retour de la sensibilité cutanée et aussi le retour des élancements douloureux. Il faut alors recommencer. « Les

échecs successifs enlèvent toute confiance au patient, qui finit par se lasser et refuser toute intervention, quelle qu'elle soit, alcoolisation ou neurotomie rétro-gassérienne. » (Alajouanine et Thurel).

Enfin, d'autres petits incidents ou accidents sont aussi à signaler dans la neuro-destruction alcoolique. Les tissus voisins du nerf peuvent être le siège de réactions fibreuses pouvant gêner les alcoolisations ultérieures. Nous savons de même qu'il existe des accidents possibles des organes nerveux ou vasculaires qui côtoient les zones infiltrées.

En résumé, la section physiologique est le plus souvent impuissante à assurer une guérison définitive. Les récidives sont la règle et la sédation moyenne que donne une injection réussie est de dix-huit mois à deux ans. On peut procéder à de nouvelles injections, évidemment, mais la répétition de celles-ci lasse le malade à la longue. On finit donc par en arriver à une intervention chirurgicale, le plus souvent à une neurotomie qui est actuellement la seule opération que l'on pratique couramment.

Or, quelles sont les conditions que devraient réaliser l'intervention chirurgicale :

- 1° Donner une guérison définitive ;
- 2° Ménager sûrement la racine motrice du nerf ;
- 3° Conserver autant que possible la sensibilité du visage.

D'autre part, pour vaincre les hésitations de certains malades qui penchent vers les injections, il faut pouvoir leur assurer, en conscience, que l'intervention

radicale ne comporte qu'un minimum de risques.

A ce point de vue, il faut reconnaître que les neurochirurgiens modernes ont mis au point des techniques qui satisfont, semble-t-il, à ces exigences multiples.

Jusqu'à ces derniers temps, on prodiguait une neurotomie totale en sectionnant aussi complètement que possible la racine postérieure et en sacrifiant au besoin la racine motrice, pour être sûr de ne pas laisser échapper une seule fibrille sensitive. Dans ces conditions, il était fatal d'observer une anesthésie gênante, une paralysie des muscles masticateurs. Enfin, et surtout, la kératite neuro-paralytique était loin d'être exceptionnelle, puisque les fibres commandant la sensibilité cornéenne étaient fatalement sacrifiées.

Dans ces dernières années, les résultats obtenus par la neurotomie rétro-gassérienne partielle par voie temporale furent très favorables. Et M. A. Sicard aboutit dans un travail récent à d'importantes conclusions dont voici les principales :

« La neurotomie sub-totale permet de conserver à un degré variable la sensibilité de la face, plus rarement de la muqueuse bucco-linguale.

Son principal avantage est d'épargner les fibres de la sensibilité cornéenne.

Si la conservation du réflexe cornéen permet d'éviter bon nombre de kératites, elle ne met pas à l'abri des lésions cornéennes dues au traumatisme opératoire du ganglion de Gasser ; ce qui démontre le rôle trophique de ce centre ganglionnaire.

Après neurotomie partielle intéressant plus de la

moitié de la racine, nous n'avons jamais vu de récédive douloureux. »

Cependant, nous devons formuler quelques réserves sur les résultats :

Il persiste parfois de légers troubles subjectifs qui n'ont aucun rapport avec les grandes crises pré-opératoires, mais qui ne permettent pas de parler de guérison complète. D'après Sicard, la guérison complète n'existe que dans 70 % des cas.

D'autre part, le retour à la sensibilité normale n'est pas intégrale, et il existe toujours une différence avec le côté sain : en particulier la sensibilité muqueuse à une tendance beaucoup moins nette à s'améliorer que la sensibilité cutanée, et il persiste bien souvent des troubles de la mastication particulièrement gênants pour le malade.

Enfin, il ne faut pas sous-estimer certaines difficultés opératoires.

C'est ainsi qu'il est parfois difficile de ménager les nerfs pétreux au cours d'opération s'accompagnant de suintements sanguins ou chez le vieillard quand la dure-mère est adhérente à l'os.

De plus, pour bien voir la racine, on est amené à disséquer le bord et une partie de la face supérieure du ganglion qu'on irrite plus ou moins, et ceci explique que, même après section partielle, on puisse voir apparaître une kératite post-opératoire dont la fréquence varie de 5 à 10 % selon les auteurs.

Malgré la neurotomie juxta-protubérantielle par voie postérieure préconisée par Dandy pour pallier

à ces inconvénients, il n'en est pas moins vrai qu'entre les traitements médicamenteux ou physiothérapiques qui restent inefficaces et une neurotomie juxta-protubérantielle par voie occipitale, il y a place dans les névralgies n'intéressant que le nerf maxillaire inférieur, pour une petite intervention simple et sans danger : la section du nerf dentaire inférieur à l'épine de Spix.

Cette section, qui est accompagnée d'une résection du nerf plus ou moins longue, doit toujours être essayée dans les échecs des traitements antalgiques.

La section du nerf dentaire inférieur doit être suivie d'une résection partielle, car l'efficacité de la simple section serait toute temporaire. La régénération et la coaptation des deux segments se produisant rapidement.

En effet, la section du nerf provoque dans les cellules du ganglion de Gasser des phénomènes de dégénération, caractérisés par une chromolyse qui débute vers le troisième jour après l'opération et atteignent leur maximum vers le vingt-sixième.

Puis, à partir du troisième mois, on assiste à des phénomènes de régénération et à la répartition des éléments chromophiles.

TECHNIQUE OPERATOIRE

1° Anesthésie locale : Novocaïne 1 pour 200. Ne pas omettre quelques gouttes d'adrénaline, pour obtenir un champ opératoire exsangue.

On injecte sur une ligne, entre la place normale des deux dents de sagesse inférieure et supérieure. On fait une infiltration de la muqueuse, de la sous-muqueuse et du tissu musculaire. L'anesthésie est obtenue presque instantanément.

2° On incise alors la muqueuse buccale, verticalement sur le bord antérieur de la branche montante, plutôt légèrement en dedans, le long de sa face interne. Cette section verticale est tendue d'une dent de sagesse à l'autre, en visant la partie moyenne de la face interne de l'os.

3° On rugine au ras de l'os, le ptérygoïdien interne jusqu'à l'épine de Spix qu'on sent à bout de doigt.

4° On voit le lingual : gros cordon blanc qui glisse sur les fibres musculaires, vers la langue, en avant et en dedans.

Il est assez superficiel et il faut prendre garde de le toucher.

5° On aperçoit dans le fond le gros cordon du nerf dentaire inférieur. Il est situé assez haut, sur la face interne de l'os. Il y est accompagné de son artère qui lui est postérieure. Le nerf est souvent masqué par

les veines qui accompagnent l'artère. Il faut noter qu'il est absolument impossible de lier l'artère. Et l'on est obligé d'avoir recours en cas de l'électro-coagulation, blessure de celle-ci.

6° Section et résection après enroulement. La section peut se faire à l'aide d'un des trois modes courants : ciseaux, bistouri, neurotome.

7° On suture la muqueuse avec deux soies.

Au cours de cette intervention, il faut surveiller l'artère du nerf dentaire inférieur. Comme elle est postérieure au nerf, il est facile de la récliner. Au cas où cette artère serait blessée et ligaturée, il serait de toute nécessité de faire dévitaliser les dents qui restent au demi-maxillaire inférieur correspondant, car après la section de l'artère, il pourrait se produire des troubles tendant à la dévitalisation, puis à la nécrose.

Toutefois, il ne faut s'exagérer cet incident, car il y a des possibilités de suppléance.

Suites opératoires

Les suites opératoires sont généralement bénignes, mais on peut observer du trismus, un hématome, une suppuration.

— Le trismus est de règle pendant 4 à 10 jours. Il est, en général, extrêmement léger. Mais si le trismus était intense, on serait autorisé à faire une injection de novocaïne à l'échancrure sigmoïde.

— L'hématome, soit l'hématome localisé, soit l'hématome à extension sous-maxillaire, ne présente au-

cune gravité. La résorption spontanée se fait en six à huit jours.

— Quant à la suppuration, elle est tout à fait exceptionnelle. Cependant, si elle se produisait, nous pourrions toujours désunir, faire des vaccins et des lavages.

Contrôle de la Section

Le contrôle de la section est facile, car on observe :

1° La suppression immédiate des crises douloureuses ;

2° L'anesthésie immédiate de la face linguale des molaires et des bicuspides et de la face vestibulaire des incisives et des canines.

OBSERVATION I

NOUS LA DEVONS A L'OBLIGEANCE DU D^r M. OMBREDANNE

M. S..., 59 ans, cultivateur, nous est adressé en février 1935 pour un tic douloureux de la face dont le début remonte à 1930. L'histoire clinique de cet homme est celle d'une névralgie faciale typique.

Au début, ce sont d'abord des douleurs brèves, « en éclair », qui semblent partir des molaires inférieures droites pour gagner la partie profonde de l'hémi-face droite. Ces douleurs ne sont pas spontanées, il faut un effort de mastication assez énergique pour qu'elles fassent leur subite apparition. Elles sont très vives, irradiant à l'oreille droite, mais ne durent que quelques secondes. La crise passée, le malade garde à peine un léger endolorissement de son maxillaire inférieur droit.

Dans l'intervalle des crises, il n'accuse aucun trouble.

Puis, en 1933, l'intensité des crises douloureuses augmente de semaine en semaine, leur fréquence également : cinq à six par jour.

Croyant à une origine dentaire, le malade se fait extraire huit dents, sans aucun résultat. Enfin, en février 1935, après un ou deux mois de calme relatif, cet homme est repris de plus belle par des crises douloureuses qui deviennent subintrantes et intolérables.

Il les décrit d'ailleurs d'une façon très précise : tantôt en faisant un mouvement de mastication, tantôt en exer-

çant au doigt une légère pression en un point très précis de sa joue droite (interligne articulaire temporo-maxillaire), la crise éclate : c'est une impression brusque de picotements superficiels, d'abord légers, puis plus violents, que le malade compare à une décharge électrique siégeant au bord inférieur du malaire droit.

Malgré des manœuvres de grattage, de massage, de forte pression sur sa joue droite, ces picotements s'accroissent, mais gardent leur caractère assez superficiel.

Ils irradient :

- En arrière au tragus ;
- En bas, vers le bord inférieur de la mâchoire ;
- En haut, vers l'arcade orbitaire.

La crise s'accompagne d'une part de contractures spasmodiques des muscles de la joue droite, avec attraction en haut et en dehors de la commissure labiale droite et, d'autre part, d'injection conjonctivale et de larmolement.

Elle dure, en général, de 15 à 20 secondes, et cesse brusquement ; elle ne s'accompagne ni de nausées, ni de céphalée.

En dehors des crises, le malade n'accuse aucun trouble.

A l'examen, cet homme qui est complètement édenté, ne présente cliniquement et radiologiquement aucune lésion du maxillaire inférieur, ni du sinus maxillaire droit.

On note chez lui l'existence d'un point douloureux endo-buccal très précis, siégeant au bord antérieur de la branche montante, près du col du condyle, du côté droit.

De plus, on trouve également au niveau de la joue droite deux points douloureux localisés : l'un au bord inférieur du malaire, l'autre au niveau de l'interligne

articulaire. Par contre, le point mentonnier est insensible.

Fait capital, il n'existe aucune zone d'anesthésie cutanée ou muqueuse de son héli-face droite. Il ne présente aucune paralysie d'une paire crânienne quelconque et les examens neurologiques, ophtalmologiques et sérologiques sont absolument négatifs.

Intervention le 22 février 1935.

Anesthésie locale à la novocaïne, adrénaline.

Incision de la muqueuse au devant de la branche montante du maxillaire inférieur droit.

Par la boutonnière verticale ainsi créée, on découvre le lingual qui est décliné en dedans et on aborde le nerf dentaire inférieur au niveau de l'épine de Spix : le nerf est réséqué sur un centimètre de long.

Suture aux crins.

Les suites opératoires sont d'une béliignité extrême : le surlendemain, un petit hématome localisé nécessite une désunion partielle de la plaie muqueuse qui se cicatrise en quelques jours. Dès la fin de l'intervention, les douleurs ont complètement cessé : elles n'ont pas reparu une seule fois depuis.

La très légère douleur sus-orbitaire droite, d'ailleurs intermittente, que ce malade accusait parfois, ne s'est jamais reproduite. Outre l'anesthésie cutanée de la région mentonnière, l'anesthésie muqueuse obtenue par cette section intéressait la face linguale des molaires et des bicuspidés et la face vestibulaire des incisives et des canines. Il n'y avait qu'hypoesthésie de la face vestibulaire des premières et de la face linguale des secondes.

Il n'y avait pas anesthésie totale de l'héli-maxillaire, puisque le lingual avait été respecté, et ceci corrobore

les résultats obtenus par Sudaka dans les « Blocages physiologiques par anesthésie tronculaire du dentaire inférieur du lingual » (*Revue Odontologique*, n° 9 septembre 1933).

OBSERVATION II

NOUS LA DEVONS A L'OBLIGEANCE DU D^r M. OMBREDANNE

M. R..., 55 ans, mécanicien, nous est adressé en mars 1934 pour de grands accès paroxystiques de névralgies faciales gauche ayant débuté deux ans auparavant et devenus subintrants.

Les accès, assez espacés au début, puis de plus en plus violents et rapprochés, sont rigoureusement unilatéraux.

Sous l'influence de la mastication, d'un mouvement de la nuque, d'un frôlement de la lèvre inférieure près de la commissure gauche, la crise éclate : courte, brutale. Elle est caractérisée par une douleur aiguë dans la mâchoire inférieure du côté gauche, que le malade essaie vainement de calmer par une mastication forcée. Irradiant peu, la douleur remonte vers l'articulation temporo-maxillaire et s'accompagne de quelques mouvements de crispation de la joue, puis elle cesse brusquement.

Dans l'intervalle des crises, le malade n'accuse plus aucun trouble.

De nombreux traitements médicamenteux sont restés sans effet, de multiples examens dentaires, sinusiens, oculaires ont été négatifs.

A l'examen, le maxillaire inférieur gauche porte une dentition complète en parfait état clinique et radiographique. Il n'existe aucune lésion bucco-pharyngée. La

palpation endo-buccale de la branche montante du maxillaire inférieur est indolore ; il n'existe aucune douleur aux points d'émergence et, fait important, on ne note aucune zone d'anesthésie ni cutanée, ni muqueuse.

Par contre, le moindre contact superficiel de la lèvre inférieure près de la commissure gauche déclenche la crise de tic douloureux au même titre que la mastication ou que certains mouvements de la langue. A noter que la déglutition ne déclenche jamais la crise.

L'examen complet du malade ne montre aucune lésion sinusienne, aucun trouble du côté des nerfs crâniens ni à droite, ni à gauche. Les examens neurologiques, ophtalmologiques et hématologiques sont absolument négatifs.

Etant donné que ces crises douloureuses ne ressemblent en rien à une névralgie du glosso-pharyngien et devant l'échec de multiples traitements médicamenteux déjà mis en œuvre, nous proposons au malade une section du nerf dentaire inférieur, avant de recourir à une intervention plus importante.

Intervention, le 6 mars 1935.

Anesthésie locale. Section du dentaire inférieur à l'épine de Spix, avec résection d'un centimètre de tronc nerveux.

L'intervention est assez difficile du fait de la présence des deux dents de sagesse supérieure et inférieure gauche, qui limitent la voie d'abord. La plaie non suturée se cicatrise en quelques jours, après une légère suppuration qui entraîne un peu de trismus de courte durée.

Depuis le jour de l'intervention, ce malade n'a plus jamais présenté de tic douloureux.

COMMENTAIRES

1° *Au point de vue clinique :*

Il semble bien que dans les deux cas, nous nous soyons trouvés en présence d'un véritable tic douloureux de la face avec ses caractères essentiels de crises douloureuses paroxystiques rigoureusement unilatérales, séparées par des intervalles de calme absolu, intéressant surtout la branche maxillaire inférieure du trijumeau et ne s'accompagnant d'aucun trouble de la sensibilité cutanée ou muqueuse.

Dans l'observation I, cependant, trois points particuliers sont à retenir :

a) D'une part, une légère irradiation douloureuse intermittente dans la région sus-orbitaire, pendant les crises.

b) D'autre part, un point douloureux très précis retrouvé à tous les examens dans l'intervalle des crises : point situé sur la branche montante du maxillaire, à hauteur de l'épine de Spix. Ce fait est exceptionnel dans les névralgies faciales essentielles.

c) Enfin ce point de départ du stimulus où « Trigger-Zone » présentait deux faits intéressants :

— Il n'était pas situé dans la zone d'épanouissement terminal du dentaire inférieur, mais bien au niveau de l'articulation temporo-maxillaire, c'est-à-dire dans une région correspondant à d'autres branches du nerf maxillaire inférieur, soit l'auriculo-temporal, soit le temporo-massétéren. Et cependant, la section du dentaire inférieur a suffi pour la faire disparaître com-

plètement.

— Il ne correspondait pas exactement à la zone douloureuse, puisque la pression sur l'interligne articulaire déclenchait une douleur située beaucoup plus bas et plus en avant, au bord inférieur du malaire. MM. Alajouanine et Thurel ont insisté à plusieurs reprises sur des faits analogues.

2° *Au point de vue pathogénique :*

Il semble bien que dans ces deux observations il existait une zone périphérique hyperexcitable déclenchant le réflexe sensitif et que la neurotomie du dentaire inférieur ait suffi à supprimer l'arc sensitivo-réflexe.

Il est curieux de constater que cette zone hyperexcitable était éloignée du territoire sensitif du nerf dentaire et que malgré cela la section de ce nerf ait entraîné une disparition totale des douleurs.

CONCLUSIONS

1° Il faut établir un diagnostic précis et exact de la névralgie du dentaire inférieur à l'aide d'un examen clinique sérieux et complet. Pour cela, mettre s'il le faut tout en œuvre et faire appel à la compétence des spécialistes.

2° Ce diagnostic nettement établi, laisser de côté, résolument, la thérapeutique médicamenteuse.

3° Conseiller et faire pratiquer les injections d'alcool du dentaire inférieur. Les injections neurolytiques ont donné des succès incontestables et il serait inhumain de n'en pas faire profiter le malade.

4° A la première récurrence, sauf indication toute particulière, ne pas insister et proposer la section du nerf dentaire inférieur à l'épine de Spix.

5° Enfin, en cas d'échec, proposer la neurotomie rétro-gassérienne.

Vu : *Le Doyen,*
ROUSSY.

Vu : *Le Président de la Thèse,*
LEMAITRE

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

LEVY ET BAUDOUIN. — Les névralgies et leur traitement (*Actualités Médicales*).

G. PERCET. — Le traitement des névralgies en clientèle (*Concours Médical*, 20 septembre 1931).

DE MARTEL-THUREL-GUILLAUME. — Névralgies faciales et neurotomie rétro-gassérienne (*Revue de Méd.*, mars 1933).

ALAJOUANINE ET THUREL. — *Monde Médical*, 1^{er} février 1934 ; *Presse Médicale*, 3 février 1934).

PETIT-DUTAILLIS. — Valeur comparée des différentes méthodes de neurotomie dans la névralgie faciale essentielle (*Progrès Médical*, n° 23).

PETIT-DUTAILLIS-LÆWY. — Un cas de névralgie faciale traité par neurotomie juxta-protubérentielle (*Société de Chirurgie*, n° 31).

A. C. A. SICARD. — La neurotomie rétro-gassérienne partielle dans le traitement de la névralgie faciale (*Thèse de Paris*, 1931).

A. SICARD. — Le traitement chirurgical de la névralgie faciale essentielle (*Pratique Médicale Française*, mai 1933).

ROBINEAU. — Traitement chirurgical de la névralgie faciale (*Semaine des Hôpitaux*, 15 décembre 1927).

BENICHON. — Névralgies faciales d'origine dentaire (*Tèse Paris*, 1903).

- jection profonde d'alcool (*Société Méd. Hôpitaux*, juillet 1906).
- BRISSAUD, SICARD ET TANON. — Névralgie du trijumeau et injection profonde d'alcool (*Soc. de Neurologie*, 7 mars 1907).
- CHEVALIER G. — Traitement de la névralgie du trijumeau par les injections locales d'alcool (*Th. de Paris*, 1907).
- GERARD. — Le traitement de l'hémispasme facial par les injections d'alcool dans les périphéries du nerf facial (*Echo Méd. du Nord*, 27 février 1926).
- LAPORTE. — Les injections d'alcool dans les névralgies faciales (*Thèse de Paris*, 1904).
- LEVY. — Essai sur les névralgies faciales (*Thèse Paris*, 1906).
- LEVY ET BAUDOUIN. — Les névralgies et leurs traitements (*Act. Méd.*).
- LEVY ET BAUDOUIN. — Les injections profondes d'alcool dans le traitement de la névralgie faciale (*Bull.*
- BESSON. — A propos du diagnostic de la névralgie faciale d'origine dentaire (*Revue de Stomatologie*, août 1911).
- BOMPARD R. — Contribution à l'étude du traitement des névralgies faciales par les injections d'alcool (*Th. Paris*, 1908).
- BOURGUET. — Névralgie du V, injections d'alcool sans effet durable, ablation des ganglions de Gasser (*Rev. de Laryngo*, 1916).
- BRISSAUD, SICARD ET TANON. — Névralgie du V, in-
Méd., février 1908).
- SICARD. — Traitement de la névralgie faciale par l'alcoolisation locale (*Presse Médicale*, 1908).

- SICARD. — Traitement de la névralgie faciale essentielle par l'alcoolisation locale (*Presse Méd.*, octobre 1917).
- SICARD. — Les névralgies (*J. Méd. franç.*, 1919).
- SICARD. — La névralgie faciale essentielle et son traitement par les injections locales neurolytiques (*Méd. franç.*, n° 26).
- TINEL. — Névralgies (*Nouveau Traité de Médecine*, 1927).
- LEBRUN ET SUDAKA. — Contribution à l'étude de l'action des solutions anesthésiques et de leur utilité dans le diagnostic des névralgies secondaires (*Revue Odontologique*, septembre 1933).
- DUCHANGE. — L'anesthésie tronculaire (*Masson*).
- COUTON ET LAFARGUE. — Le traitement chirurgical de la névralgie faciale (*Bordeaux Chirurgical*, janvier 1936).
- BAUDOUIN ET DEPARIS. — Données nouvelles sur les névralgies faciales (*Semaine des Hôpitaux*, 15 février 1935).
- SIGWALD. — Traitement de la névralgie faciale essentielle (*Gazette Médicale de France*, 15 février 1933).
- BOUCHARD. — La névralgie essentielle du trijumeau et son traitement actuel (*La Pratique Médicale Française*, août 1934).
- A. LEPRINCE. — Traitement de la névralgie faciale par la radiothérapie (*Rev. d'Hygiène et de Thérapeutique Oculaire*, juillet 1908).
- A. ZIMMERN, J. A. CHAVANY. — L'électro-radiologie dans la névralgie faciale (*Pratique Médicale Française*, juin 1930).
- DEMOULIN ANDREE. — Des divers traitements du tic douloureux de la face (*Thèse Paris*, 1934).

DEPARIS. — Essai sur névralgies du trijumeau (*Thèse Paris, 1935*).

SICARD ET HAGUENAU.— *Presse neurologique*, Paris, 1934.

